Rok XLV. Kraków 1 Września 1906. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. M. M. Wołkowa w Petersburskim Żeńskim Instytucie Lekarskim.

Dwa przypadki pierwotnego raka głowy trzustki oraz cukromoczu.

Podał

Dr B. Wilamowski.

(Odczyt na posiedzeniu Polskiego Koła lekarskiego w Petersburgu 2/15 Maja 1906 roku).

Obydwa opisane niżej przypadki dlatego są ciekawe, że obok pewnych charakterystycznych objawów oba przebiegały z cukromoczem. Cukromocz zaś w przypadkach raka trzustki należy do zjawisk nader rzadkich. Niektórzy autorowie wątpią wogóle, czy zdarza się cukromocz takiego rodzaju. Tak np. Bard i Pic [1] w swojej dość wyczerpującej pracy o pierwotnym raku trzustki twierdzą, że ani razu nie stwierdzili cukru w moczu chorych, cierpiących na raka trzustki. Guillon [2] jednak w swojej rozprawie o cukromoczu w toku raka trzustki zwalcza zapatrywanie Barda i Pica i objaśnia, że ci autorowie badali chorych w tak zwanym okresie niecukromoczowym. Według Guillon cukromocz w przebiegu raka trzustki zdarza się rzadko: od 11,5%—25%. Manujłow [3] w swojej rozprawie doktorskiej przytacza Mysza, który podaje, że w 6,4% przypadków raka trzustki zdarza się cukromocz. U swoich 20 chorych Manujłow ani razu cukromoczu nie spostrzegał. Teleky [4] opisał w „Wiener klinische Wochenschrift“ 1902 r. dwa przypadki cukrzycy trzustkowej, z których w jednym na sekcyi znaleziono raka trzustki.

Wobec takiej rzadkości cukromoczu w przypadkach raka trzustki, sądzę, że moje dwa przypadki, w których raka trzustki rozpoznano za życia, zasługują na uwagę. Pierwszy przypadek był następujący:

W końcu września 1901 r. do kliniki prof. Wołkowa przeniesiono z miejskiego Obuchowskiego szpitala robotnika fabrycznego Pawła A. lat 46. A. do 21 roku życia przebywał na wsi; nie pamięta, aby wówczas na jakąkolwiek chorobę chorował. Jego ojciec żył lat 80, matka zaś umarła z objawami, prawdopodobnie gruźlicy płuc w 50 r. Z 7 rodzeństwa 5 zmarło w niemowlęctwie z przyczyn choremu nieznanych, jeden brat w ostatnich latach swego życia kaszlał, bardzo schudł i umarł w 50 r. życia.

Chory w 23 i 24 roku życia przebył jakieś z ostrym początkiem przewlekłe, prawdopodobnie płucne cierpienie w czasie służby w żandarmeryi petersburskiej. Służba była ciężka i niespokojna. Wogóle zaś dość często zaziębiał się i kaszlał. W 27 roku życia miał na goleniach jakieś bardzo uporczywe wrzody, które zagoiły się ostatecznie po paru latach. Do przymiotu i innych chorób wenerycznych chory nie przyznaje się.

Chory przez długie lata nadużywał wyskoku i przebywał w wilgotnych mieszkaniach. Ożenił się w 27 r. życia. Z 9 dzieci 4 zmarło w latach dziecięcych, reszta żyje i zdrowe. W ostatnich latach służył w fabryce odlewów stalowych w Petersburgu jako t. zw. „szornika“: zszywał rzemienie, nakładał je na koła i zdejmował. Obecna choroba rozwijała się stopniowo i pierwszych jej początków chory ściśle określić nie może. Najprawdopodobniej cała sprawa od pierwszych objawów, przez chorego dostrzeżonych, do dnia śmierci trwała nie dłużej nad 10 miesięcy. Od zimy 1901 r. zaczął chory niedomagać, mniej jeść i często się skarżył na uczucie ściągania, ciśnienia w podżebrzu prawem. Od końca czerwca chory zaczął wyraźnie chudnąć, jadł bardzo mało. Po każdym posiłku doświadczał uczucia ciężaru w okolicy żołądka i zgagi. Wymiotów nie miewał. Z każdym dniem chory słabnął coraz więcej, pracować jednak nie przestawał aż do połowy lipca. Wtedy dopiero dostrzegł, że skóra zżółkła, a mocz zrobił się ciemniejszym. 18 lipca chory wstąpił do szpitala przy fabryce, lecz po 1½ tygodnia wypuszczono go na własne jego żądanie; na robotę przestał wtedy uczęszczać, przebywał w domu, zajmując się gospodarką domową; wódkę przestał pić zupełnie. W domu przebył 1½ miesiąca. Mniej więcej w tym okresie pojawiło się częstsze parcie na stolec — do 3 razy na dobę i wypróżnienia rzadsze. Ponieważ w domu stan się nie polepszał, wstąpił wtedy chory do miejskiego Obuchowskiego szpitala, skąd po tygodniu przeniesiono go do kliniki prof. M. Wołkowa.

Kiedyśmy poraz pierwszy ujrzeli chorego w klinice, zwróciło naszą uwagę przedewszystkiem ogromne wycieńczenie i żółtaczka z ziemistym odcieniem. Chory apatyczny. Odpowiedzi dawał jak gdyby wymuszone i lakoniczne. Wszelkie badanie prędko go nużyło. Chory ciągle leżał w łóżku, wstając tylko z konieczności. Przy dokładniejszem badaniu stwierdziliśmy co następuje: Chory dość wysokiego wzrostu. Skóra sucha i pozbawiona sprężystości — łatwo się układa w zmarszczki. Barwa skóry silnie żółta z ziemistym odcieniem. Na goleniach, szczególnie na prawem, powierzchowne blizny. Włosy znacznie przerzedzone, z lekką siwizną, wypadają łatwo. Pokład tłuszczowy zanikły, mięśnie również; kościec bez zmian. Błona śluzowa jamy ustnej żółtawa. Zębów niewiele, dużo spróchniałych. Twardówki żółtawe. Gruczoły chłonne w pachwinach znacznie powiększone; wymacać również można i gruczoły pod pachami, szczególnie z lewej strony. Tętnice, dostępne omacaniu, cokolwiek stwardniałe. Tętno zwolnione — 47 na 1'. Granice serca prawidłowe, tony przytłumione. Przykładanie słuchawki pozostawia w skórze zagłębienie. Uderzenie w mięśnie wywołuje wyraźne samoistne kurczenie się. Odruchy kolanowe nieco obniżone. Golenie, szczególnie prawy, i stopy trochę obrzękłe. Dołki nadobojczykowe nierównomiernie zapadnięte, prawy dołek jak gdyby zapadł więcej; w jego obrębie odgłos nieco więcej stłumiony i wydech bardziej przedłużony, niż w dołku lewym. Z tyłu dolna granica płuca lewego znajduje się w linii łopatkowej na 10. żebrze, tu także wydech słyszalny; po stronie prawej zaś, w dole i z tyłu i w kierunku pachy prawej, słychać nieobfite drobne rzężenie. Przy opukiwaniu brzucha stwierdza się stłumienie, którego granica u chorego stojącego jest prostolinijna, u leżącego zaś ma postać sierpa z wypukłością ku dołowi. To stłumienie u chorego stojącego nie dochodzi do pępka na 2 ctm.. Przy obmacywaniu czuć chełbotanie. Obwód brzucha na wysokości pępka w postawie pionowej 92 ctm. Wątroba macalna występuje na 1½ do 2 ctm. z pod łuku żebrowego, brzeg jej równy i twardy. Tuż pod brzegiem wątroby wystaje jakby stopień ciało, nieściśle odgraniczone, ciastowate, poruszające się przy oddechu wraz z wątrobą; jest to rozszerzony pęcherzyk żółciowy. Śledziona nie macalna.

Z przytoczonych więc danych na pierwszy plan występują: żółtaczka, silne wycieńczenie i apatya i puchlina brzuszna

Dalsze badanie stwierdziło: Kał jasny, gliniasty, nieuformowany, mocno cuchnący. Pod mikroskopem widać włókna mięśniowe i krople tłuszczu. Jaj glist nie znaleziono ani razu. Stolec oddawał

chory zwykle dwa razy na dobę. Oddziaływanie moczu lekko kwaśne, ciężar gatunkowy 1009—1012, średnia ilość moczu 1200 c. sz. Chory wypijał w ciągu doby blizko 2 litry płynów. W moczu zawsze barwiki żółciowe, czasami indykan. Urobiliny nie było. Odczyn dwuazowy dodatni. Białka w moczu nie było, co się zaś tyczy cukru, to przez pierwsze dwa dni obserwacyi stanowczo go w moczu nie było, na dzień trzeci jednak (30 września) próba Trommera dała wynik dodatni, również i próba fermentacyjna przyrządem Einhorna wykryła 0,5% cukru. Cukromocz trwał 3 dni, a potem cukier przestał się wydzielać, przynajmniej żadnym sposobem nie można go było wykryć. Po upływie dalszego tygodnia wykonaliśmy próbę na glikozuryę pokarmową. Choremu podano *per os* 100 grm. glikozy. Po godzinie w moczu zjawiły się ślady cukru, a po upływie 9½ godz. cukier wydzielać się przestał. Moczu zawierającego cukier wydzieliło się 770 c. sz., ciężaru gatunkowego 1016, cukru zaś w nim 23 grm. (wynik badania przyrządem polaryzacyjnym). W ciągu następnych 8 godzin wydzielał się mocz niezawierający cukru w ilości również 770 c. sz , ciężaru właściwego 1010, poczem znowu cukier się zjawił i ten powtórny cukromocz trwał już 4 doby. Badanie mikroskopowe moczu żadnych ważnych danych nie wykryło; również kilkakrotny rozbiór ilościowy nie wykrył nic szczególniejszego. W drugim tygodniu obserwacyi choremu podano śniadanie próbne (15 grm. bułki i 300 c. sz. herbaty bez cukru). Po godzinie wydobyto treść żołądka w ilości 70 c. sz. o kwaśności ogólnej 26%, znacznie więc obniżonej (na 100 c. sz. treści żołądkowej zużywało się przy miareczkowaniu 26 c. sz. decinormalnego rozczynu ługu potasowego). Wolnego kwasu solnego było 0,29‰, związanego 0,36‰. Mleko ścięło się po 14'. Białka przetrawiło się podług Metta 3^{mm}. Pod mikroskopem zauważono ziarnka skrobi, drożdże i ziarenkowce. Wessanie w żołądku obniżone — po 1 g. i 20' wykryto jod w ślinie. Próba salolowa co do sprawności ruchowej żołądka stwierdziła również jej obniżenie — kwas salicylurowy bowiem ukazał się w moczu po 4 g. i 15'. — We krwi znaleziono ciałek czerwonych 3,680,000, białych — 4585 i Hb. według Gowersa 85%. Ciśnienie krwi, zbadane przyrządem Potaina na tętnicach promieniowych, wynosiło 26 po obu stronach. Siła ręki prawej podług siłomierza 24 klg., lewej — 20 klg.

Ciepłota w ciągu pierwszych trzech tygodni miała pewną skłonność do niewielkich wzniesień — najwyżej 37,°6, obniżając się do 35,°8. W ciągu zaś ostatnich dwóch tygodni ten podgorączkowy stan ustał i najwyższa ciepłota wynosiła 36°,1, natomiast najniższa wynosiła 35 i nawet 34,8°. Oddechów średnio 18 na 1', po ogólnem zaś obniżeniu się ciepłoty 14 na 1'. Tętno wciąż było zwolnione: 50—60 na 1'. Waga ciała wahała się w granicach od 58—59 klg., po wypuszczeniu zaś z brzucha płynu przesiękowego (barwy cytrynowo-żółtej, zawierającego przeszło 1% białka) waga spadła do 53 klg. i wyżej 54,5 już się nie podnosiła. Moczu wydzielało się średnio na dobę 1200 c³. Wypijał zaś chory na dobę prawie 2 litry wszelkich płynów. Jadł mało. Sypiał nieźle. Żółtaczka pod koniec zaczęła się zwiększać. Stopniowo i pomału wzrastały obrzęki ogólne. Przesięk pojawił się i w opłucnej, jednak nierównomiernie po obu stronach: po lewej przytłumienie z początku trzymało się w odległości 3 palców od kąta łopatki, następnie podniosło się jeszcze na 1½ palca, po prawej zaś stronie granica przytłumienia zawsze stała niżej. Nieobfite rzężenia stale po obu stronach. Zmian wyraźnych wątroby nie znaleziono. Śledziona z początku nie macalna, później zaś, szczególnie po wypuszczeniu płynu z brzucha, niezupełnie pewnie. W dalszym przebiegu choroby przytłumienie sercowe zaczęło się zwiększać, lecz nieznacznie; — prawa granica serca dochodziła do linii środkowej mostka; granica lewa nie dawała się określić z powodu bębnicy, górna zaś zaczynała się od 4 żebra. Drugie tony nad tętnicą główną i płucną były dobitne. Prawie od początku obserwacyi zwracała na siebie uwagę niemiarowość tętna dość wyraźna. Najwybitniejszy objaw, — żółtaczka, — stopniowo się zwiększała. Chory wciąż słabnął i pod koniec zaczął się skarżyć na zawroty głowy przy podnoszeniu się w łóżku i przewracaniu, również skarżył się na szum w uszach, pewne przytępienie słuchu, odbijanie i senność. W takim stanie zwiększającej się apatyi, chory zmarł w 34. dniu pobytu w klinice. Przez ten czas dbano głównie o odżywianie chorego. Z lekarstw podawano w ciągu dwóch tygodni jodek sodu, bez widocznego skutku. Również nie działała i sztuczna sól karlsbadzka. Dla wzmocnienia działalności serca zażywał chory naparstnicę, strofantus i kofeinę. Czystość skóry i jej czynność podtrzymywano codziennemi ciepłemi wannami (28°—30° R.).

Rozpoznanie kliniczne brzmiało:

„Hereditas infausta. Conditiones vitales: refrigeratio, labor, depressio moralis. Hyperplasia glandularis lymphatica. Induratio apicis pulmonis dextri. Intoxicatio alcoholica chron. Arteriosclerosis moderata univers. Carcinoma capitis pancreatis. Compressio dd. choledochi et Wirsungiani. Acholia intestinalis. Dilatatio vesicae felleae. Icterus e retentione. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Compressio venae portarum. Ascites. Myodegeneratio et insufficientia cordis. Anasarca. Hydrothorax bilateralis Oedema pulmonum. Glycosuria transitoria. Glycosuria alimentaria. Cholaemia. Anaemia et atrophia universalis".

Gdy rozpoznanie było już ostatecznie ustalone (przypadek ten był przedmiotem lekcyi klinicznej), oczywiście nasuwała się myśl o operacyi. Lecz nie mówiąc już o wyłuszczeniu głęboko usadowionego guza, nie można było myśleć nawet o zabiegu łagodzącym, a mianowicie o utworzeniu przetoki pęcherzykowo-jelitowej *(cholecystenteroanastomosis)*, siły bowiem chorego były bardzo wyczerpane i stan serca wzbudzał obawy. Trzy operowane przypadki Manujłowa, operowany przypadek Teleky i wogóle dane z piśmiennictwa w tej sprawie nie są zachęcające. Prof. Braun [5] uważa zajęcie nowotworem złośliwym głowy trzustki za przeciwwskazanie do operacyi, wobec bowiem ciężkiego stanu chorego widoki pomyślne są małe, niebezpieczeństwo zaś wskutek krwawienia miąższowego (do którego chorzy dotknięci żółcicą *(cholaemia)* są skłonni) jest wielkie. W jednym operowanym przypadku Manujłowa krwawienie miąższowe było bardzo groźne.

Sekcya, wykonana przez prosektora szpitala Petropawłowskiego dra Gealan-de la-Croix i badanie drobnowidowe, dokonane przez prosektora Instytutu docenta dra Pokrowskiego, potwierdziły w głównych rysach rozpoznanie kliniczne.

Badanie drobnowidowe stwierdziło: w skrawkach z trzustki przedewszystkiem zwracał uwagę dość rozległy rozrost tkanki łącznej. Niektóre części tkanki łącznej wokoło naczyń były zwyrodniałe szkliсто. Wśród tej tkanki łącznej znajdowały się liczne ogniska nowotworowe. Niewielkie, rozmaitego kształtu ogniska te składały się z komórek o stosunkowo dużych, czasami pęcherzykowatych jądrach i dość obfitej protoplazmie. Niektóre ogniska były jednolicie złożone z komórek, w innych komórki znajdowały się tylko na obwodzie, w środku zaś pozostawała przestrzeń wolna, w której często zauważyć można było treść śluzowo-koloidową. Komórki były nader podobne do komórek przewodów wydzielniczych, w pobliżu których znajdowały się ogniska nowotworowe; w ogniskach zaś leżących dalej od przewodów charakter komórek zmieniał się, zbliżając się do typu komórek miąższowych trzustki. Rak wychodził więc najprawdopodobniej z nabłonka przewodów wydzielniczych. Rak ten nie miał typowych cech i rozrastał się wśród tkanki łącznej. Przerzuty nowotworu w wątrobie miały ten sam charakter, co i w trzustce, lecz układ komórek na obwodzie ognisk był wyraźniejszy i trafiał się częściej. Również i tutaj w przestrzeniach w środku ognisk znajdowała się podobna treść śluzowo-koloidowa. Tkanka łączna śródmiąższowa i w wątrobie rozrosła się dość znacznie. W niezajętych przerzutami częściach wątroby naczynia były rozszerzone i wypełnione krwią. Komórki wątrobne wszędzie były pomniejszone i zawierały brunatno-żółty barwik. Guziczki, znajdujące się w płucach, okazały się starymi, otorbionymi, zserowaciałymi gruzełkami. W wielu z nich na granicy masy serowatej znajdowały się typowe twory olbrzymie. Wrzód, znaleziony w jelicie krętem, miał drobnowidowe cechy gruźlicy.

Rozpoznanie anatomiczne (opuszczamy protokół obdukcyi dosłowny) było następujące:

„Carcinoma capitis pancreatis. Pleuritis dextra, peripancreatitis, pericystitis fellea, periduodenitis chronica adhaesiva. Compressio dd. choledochi et Wirsungiani atque venae portarum cum stenosatione eorum et pylori ventriculi. Nodi carcinomatosi hepatis et tuberculosi pulmonis utriusque. Oedema et hyperaemia maxima pulmonum. Di-

latatio cordis. Dilatatio ventriculi. Myodegeneratio albuminosa cordis. Hepar hypostaticum induratum. Nephritis chron. interstitialis non magna. Cyanosis hypostatica renum. Ulcus tuberculosum partis superioris ilei. Colitis catarrhalis non magna. Anasarca. Ascites. Hydrothorax sin. non magnus. Peritonitis fibrinosa subacuta. Icterus universalis".

(Dok. nast.)

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O przetokach kałowych po przepuklinach uwięźniętych.

Podał

Dr Józef Bogdanik

prymaryusz.

(Dokończenie.)

W końcu przytoczę jeszcze pokrótce historye chorych operowanych z powodu przetoki kałowej w szpitalu św. Łazarza w Krakowie w latach 1904 i 1905.

1. Jan T., lat 30 liczący, przyjęty został na oddział chirurgiczny w dniu 15/9 1903 z przepukliną uwięźniętą od 14/9 1903. Dr Juras wykonał w dniu 15/9 laparotomię, przyczem stwierdzono, że jelito cienkie okręcone o kiszkę grubą (kątnicę i okrężnicę wstępującą) przyrosło do worka przepuklinowego i nastąpiła zgorzel skręconych części. Wykonano enteroanastomozę zapomocą guzika Murphyego, a zgorzałe jelito zostawiono poza obrębem jamy brzusznej. Obejmując oddział w dniu 15/1 1904 znalazłem u chorego przetokę kałową w prawej okolicy pachwinowej. W dniu 7/2 1904 r. przystąpiłem do operacyi w sposób powyżej podany, a 26/3 opuścił chory szpital zupełnie wyleczony.

2. Agata K., lat 44 licząca, przyjęta do szpitala w dniu 26/5 1904 roku z powodu przepukliny udowej po stronie prawej, uwięźniętej od 5 dni. Tętno 104, ciepłota ciała prawidłowa, język podsychający, bębnica. W uśpieniu chloroformowem otwarto worek przepuklinowy i założono rzyć sztuczną z powodu zgorzeli jelita. W dniu 8/6 resekowałem 15 ctm. długą pętlę jelita biodrowego i założyłem opatrunek aseptyczny. W dniu 9/7 1904 r. opuściła szpital wyleczona.

3. W dniu 8/7 1904 r. przeniesiono na oddział chirurgiczny Barbarę K., lat 74 liczącą, którą operowano w klinice chirurgicznej dn. 5/7 1904. Z powodu przepukliny wargowej uwięźniętej wykonano tamże: *Herniolaparotomia-Antepositio.* Chora mocno wycieńczona przybyła z przetoką kałową w prawej zatoce biodrowej. Gdy się przetoka nieco oczyściła, a siły chorej coraz bardziej upadały, wykonałem resekcyę w dniu 22/7. Po otwarciu jamy otrzewnej przekonałem się, że jelito doprowadzające i odprowadzające były ze sobą spojone silnymi zrostami. Jelito resekowałem i zeszyłem okrężnie, potem zaszyłem ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając w jamie brzusznej worek Mikulicza z gazy wyjałowionej. Tętno bardzo słabe stało się niewyczuwalnem i chora umarła w nocy pomimo środków podniecających. Sekcya: *Peritonitis fibrinosa circumscripta in regione resectionis. Marasmus senilis. Atrophia cordis, hepatis, renum ac lienis.*

4. Elżbieta R., lat 36 licząca, przyjętą została do szpitala w dniu 9/10 1904 r. Z wywiadów podnieść należy, że przed rokiem wystąpił guz w okolicy pachwinowej prawej, sprawiający znaczne bole. Wiatry ani stolce nie odchodziły, natomiast miała wymioty. Mąż chorej, uważając guz w pachwinie za ropień, naciął go. ropa atoli nie wypłynęła, natomiast kał płynny. Odtąd kiszką stolcową kał nie odchodzi, tylko otworem w pachwinie. Z biegiem czasu z otworu zaczęło się coś wypuszczać, aż doszło do obecnych rozmiarów. Badanie stwierdziło: Mierne wynędznienie. W okolicy pachwinowej prawej zwisa ku dołowi i na wewnątrz ciało kiełbasowate. Powierzchnia tego ciała pofałdowana, zaczerwieniona i pokryta śluzem żółtawym. Długość jego wynosiła od podstawy aż do dolnego końca 20 cm. a na dolnym końcu był otwór, wydzielający pienistą ciecz barwy żółtawej; w otwór ten wygodnie wprowadzić można było gruby palec. Skóra u podstawy w okolicy pachwinowej była zaczerwieniona, pokryta powierzchownemi owrzodzeniami. Rozpoznałem przetokę kałową po przepuklinie uwięźniętej z następowem wypadnięciem (p. rycinę I) jelita i zaleciłem resekcyę, którą wykonałem 10/10 1904 r. W uśpieniu chloroformowem poprowadziłem cięcie obok przetoki, a otwarłszy jamę otrzewną, wydobyłem część jelita doprowadzającego i odprowadzającego, resekowałem je i założyłem szew. Potem oddzieliłem wypadnięte jelito razem z pętlą resekowaną. Szew rany brzusznej. Dnia 21/11 1904 opuściła chora zakład całkiem wyleczona. Jak już powyżej nadmieniłem, wypadniętą częścią było jelito odprowadzające, a nie doprowadzające, jak w pierwszej chwili mniemałem.

5. Kunegunda O., lat 45 licząca, miała oddawna przepuklinę po stronie prawej. Przed 2 laty nie dała się przepuklina odprowadzić, chora przez kilka dni nie miała stolca, chorowała ciężko, potem jej stan się poprawił, lecz z miejsca przepukliny wydzielał się kał. W dniu 13/10 1904 r. przybyła do szpitala z powodu przetoki kałowej poniżej prawego więzadła Pouparta. W dniu 14/10 wyciąłem część jelita doprowadzającego i odprowadzającego, zrośnięte ze sobą silnymi zrostami, i spoiłem dośrodkowo. Ranę w ścianie brzusznej zadaną spoiłem zupełnie szwami, wyciąwszy poprzednio pętlę jelita do przetoki przyrosłego, a dawniejszą ranę koło przetoki wytamponowałem. Dnia 2/11 1904 opuściła chora szpital zupełnie wyleczona.

6. Barbara P., l. 54, przyjęta w dniu 26/10 1904 r. podała, że miała przed 3 tygodniami w okolicy pachwinowej prawej guz, który się przeżarł, poczem począł się sączyć kał. W okolicy pachwinowej prawej zaczerwienienie i zmacerowanie skóry, w środku otwór szczelinowaty, około 10 ctm. długi, o brzegach nierównych, pokrytych ziarniną. Z tego otworu wydobywa się kał. Tętno słabe, ciepłota 38·5° C. W dniu 28/10 otwarto jamę otrzewną i przekonano się, że przetokę tworzyło jelito odległe od kątnicy 3—4 ctm. Pętlę jelita oddzielono od powłok brzusznych, obrównano brzegi przetoki, a następnie spojono jelito dwoma piętrami szwów, potem jelito odprowadzono do jamy otrzewnej. Brzegi przetoki wyskrobano i wytamponowano jamę gazą jodoformową. Pierwotnie chora miała się dobrze, potem żaliła się na bole w piersiach i zaczęła gorączkować. Zapalenie płuc. W dniu 6/11 1904 roku. zmarła. Sekcya: *Pneumonia crouposa. Marasmus praecox.* Zapalenia otrzewnej nie było.

7. Jan Z., lat 30 liczący, wyrobnik, przyjęty został do szpitala w dniu 2/10 1905 r. z rozpoznaniem: *hernia inguinalis dextra incarcerata.* Uwięźnięcie trwa od tygodnia. W znieczuleniu miejscowem nacięto przepuklinę warstwowo, i dobyto jelito, którego część ciemno-wiśniowo zabarwiona była zapadnięta. Jelito wszyto do rany brzusznej i nacięto dla odpływu kału. (Dr Żmigród). Opatrunek przeciwgnilny. Część jelita zgorzelinowego oddzieliła się, a w dniu 17/10 wykonałem resekcyę jelita w uśpieniu chloroformowem. Zagojenie doraźne. W dniu 9/11 1905 chory opuścił szpital.

8) Józef D., l. 45 liczący, przyjęty został do szpitala w dniu 7/12 1905 r. z powodu przetoki kałowej, pozostałej po operacyi przepukliny uwięźniętej, którą wykonano w Rzeszowie. 8 ctm. długi kawałek jelita wynicowany na zewnątrz, wydzielający kał. U dolnego brzegu przetoki kałowej wydobywa się ropa gęsta, podobnież z worka mosznowego. Mimo leczenia przeciwgnilnego ropienie się utrzymywało. a chory podupadał na siłach, przystąpiłem przeto do resekcyi w dniu 11/12 1905 r. W uśpieniu chloroformowem otwarłem jamę otrzewną i resekowałem część pętli jelita, wrośniętej w powłoki brzuszne. Jelito doprowadzające i odprowadzające spoiłem dośrodkowo. Część jelita, przyrosłą do ściany brzusznej, wycięto. Następnie rozszerzyłem cięcie na worek mosznowy i wyciąłem całe jądro prawe z powodu zropienia, jakoteż zropiały worek przepuklinowy. Do jamy otrzewnej wlano mieszankę jodoformową, wprowadzono sączek gumowy, potem ranę częściowo zaszyto. Dnia 14/12 chory umarł wśród objawów zapalenia otrzewnej. Sekcya: *Suppuratio ad suturas et peritonitis universalis purulenta. Degeneratio adiposa myocardii ac renum.*

Zanim się zastanowię nad tymi przypadkami rzyci sztucznej, w których następowo wycięto (resekowano) kawałek jelita biodrowego, przytoczę jeszcze jeden przypadek, gdzie śmierć nastąpiła po zwykłem odświeżeniu i zeszyciu brzegów skóry i cztery przypadki przepukliny uwięźniętej, w których założono z konieczności przetokę kałową, a które zakończyły się śmiertelnie bez następowej operacyi.

1) Julia M., lat 41 licząca, zgłosiła się do szpitala w dniu 6/7 1904 z przetoką kałową, pozostałą po przepuklinie uwięźniętej, operowanej przed rokiem w szpitalu rzeszowskim. W lewej okolicy pachwinowej otwór wielkości centa, o brzegach bliznowatych, z którego wydzielał się kał płynny. Dnia 7/7 okroił dr Żmigród brzegi skóry naokoło przetoki i zaszył je. Opatrunek przeciwgnilny. W na

stępstwie powstało zapalenie opadowe płuc i obrzęk w okolicy wątroby z zejściem śmiertelnem dnia 26/7 1904. Zwłok nie sekcyonowano.

2) Dorota S., lat 56, przybyła do szpitala w dniu 17/11 1904 z lewostronną przepukliną udową, uwięźniętą od 6 dni. Sinica, tętno bardzo przyśpieszone, słabe, brzuch jednostajnie wzdęty. Dr Friedmann wykonał natychmiast operacyę, odciął sieć uwięźniętą i założył rzyć sztuczną. Opatrunek przeciwgnilny. Chora umarła 24/11 1904 r. Sekcya: *Gangraena profunda in regione inguin. sin. Peritonitis purulenta circumscripta.*

3) Zofia G., l. 60, zgłosiła się 2/12 1904 z przepukliną udową po stronie prawej, uwięźniętą od trzech dni. Z powodu znacznego osłabienia chorej założyłem rzyć sztuczną. Stan chorej pogarszał się, tętno liche, a 5/12 1904 umarła. Sekcya: *Gangraena circumscripta intestini ilei. Peritonitis universalis purulenta. Pneumonia lobi inferioris pulmonis dextri. Arteriosclerosis universalis. Myocarditis.*

4) Zofia G., lat 44, przybyła do szpitala dnia 22/2 1905 r. z powodu przepukliny po stronie lewej, uwięźniętej od kilku dni, którą lekarz wprawdzie odprowadził, ale stan się nie poprawił. Tego samego dnia dr Żmigród przystąpił do operacyi. Po nacięciu worka przepuklinowego wylał się kał i nie znaleziono innej treści. Rozszerzono tedy ranę w ścianie brzusznej i wydobyto jelito biodrowe zgorzelinowe, z którego przez otwór wielkości korony, kał wylewał się do jamy otrzewnej. Brzegi otworu przyszyto do brzegu rany skórnej, a jamę brzuszną osączkowano. Dnia 1/3 1905 chora umarła. Sekcya: *Peritonitis septica.*

5) Franciszka J., lat 30, przybyła 18/7 1905 z przepukliną udową prawą uwięźniętą od dnia poprzedniego. Chora źle zbudowana i odżywiona, brzuch wzdęty, ruchy jelit widoczne, przepuklina wielkości jaja kurzego. Dr Frommer w znieczuleniu lędźwiowem wykonał operacyę i znalazł zgorzel jelita na przestrzeni 3 ctm. Resekowano pętlę 60 ctm. długą i założono szew. Ściany jelita okazały się kruche, wobec tego założono rzyć sztuczną. W dniu 20/7 rano chora umarła Sekcya: *Peritonitis acuta universalis. Degeneratio parenchymatosa renum.*

W ciągu 2 lat mieliśmy zatem w szpitalu 13 przypadków rzyci sztucznej w następstwie przepukliny uwięźniętej Z liczby tej wykonano następowo u 8 chorych resekcyę jelita. Pięciu operowanych (62 5%) wyzdrowiało Byli oni w wieku od 30 do 44 lat Dwóch chorych operowano w 2 tygodnie po założeniu przetoki, u innych upłynął dłuższy przeciąg czasu aż do dwóch lat. Trzech chorych operowanych (37 5%) umarło. Byli oni w wieku 45, 54 i 74 lat. W tych przypadkach czekano z operacyą 2 do 3 tygodni, a śmierć nastąpiła u chorej 74-letniej tej samej nocy, 54-letnia kobieta umarła w 8 dni, mężczyzna 45 letni umarł w 3 dni. U kobiety 54-letniej znaleziono jako przyczynę śmierci zapalenie płuc, a tylko w 2 przypadkach znaleziono zapalenie otrzewnej.

Pięć chorych, wyłącznie płci żeńskiej, liczących od 30 do 60 lat, umarło po założeniu przetoki bez następowej resekcyi Z tych jedna chora 41-letnia, operowana przed rokiem w Rzeszowie z powodu przepukliny, umarła po upływie 19 dni. Stwierdzono u niej opadowe zapalenie płuc, sekcyi zwłok atoli nie wykonano. Cztery chore umarły po dwu,-trzy-, względnie siedmiodniowej chorobie wskutek ropnego zapalenia otrzewnej.

W zestawieniu tych przypadków uderza niestosunkowo znaczna liczba kobiet. Na 10 kobiet było tylko 3 mężczyzn. Z mężczyzn umarł tylko jeden, z kobiet zaś aż siedm. Na większą śmiertelność u kobiet w przypadkach przepukliny zwróciłem już uwagę w sprawozdaniu siedmioletniem z szpitala Bialskiego z r. 1904. Na str. 53 napisałem: „Śmiertelność u kobiet znacznie wyższą wykazuje cyfrę, aniżeli u mężczyzn. Gdy bowiem na 53 chorych płci męskiej z przepukliną uwięźniętą umarło tylko trzech, to na 29 chorych płci żeńskiej umarło aż dziewięć, czyli wyraziwszy to procentowo wynosi śmiertelność u mężczyzn 5·6%, u kobiet 31%. Niewątpliwie wpływa na to okoliczność, że u kobiet częściej następuje uwięźnięcie przepukliny udowej, której przebieg zawsze jest cięższy. bo w tych przypadkach zgorzel występuje o wiele wcześniej, aniżeli przy przepuklinach pachwinowych“.

W zestawieniu niniejszych przypadków zastanawia stosunkowo bardzo wielka liczba chorych z rzycią sztuczną, wobec tego, że jestem zwolennikiem doraźnej resekcyi jelita zgorzelinowego, jak to na wstępie podałem. Zaznaczyć jednak trzeba, że z 13 przytoczonych przypadków, leczonych w roku 1904 i 1905, tylko 6 przypadków było takich, w których założono rzyć sztuczną na moim oddziale. Pokaźną atoli cyfra 13 przypadków z dwóch lat, rywalizująca z statystyką Bramanna, bezwzględnego zwolennika założenia przetoki kałowej, świadczy o wielkiej u nas liczbie przepuklin uwięźniętych ze zgorzelą jelita. Jest to dowodem z jednej strony, że się może uwięźnięcie przepukliny częściej u nas przytrafia, ale z drugiej strony pokazuje, że się chorzy za późno do operacyi zgłaszają, tracąc czas na rozmaite zabiegi, do celu nie prowadzące.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. H. Ribbert. **Jeszcze w sprawie t. zw. uchyłków wskutek pociągania w przełyku.** (*Virchows Archiv* 1906 T. 184). Autor już przed kilku laty wystąpił przeciw błędnemu, jego zdaniem, tłómaczeniu powstawania t. zw. uchyłków z pociągania (Tractionsdivertikel) w przełyku. Wbrew przyjętemu ogólnie zapatrywaniu Zenkera, że uchyłki te powstają skutkiem zrastania się ściany przełyku ze zmienionymi gruczołami chłonnymi i wskutek następowego kurczenia się tkanki, co wywołuje uchyłkowate wypuklenie przełyku, twierdzi Ribbert, że uchyłki te powstają na tle zaburzeń rozwojowych: przy oddzielaniu się w życiu zarodkowem tchawicy od przełyku pozostaje niejednokrotnie pomiędzy tymi 2 narządami pasmo tkanki łącznej, przyczem ściana przełyku w miejscu przyczepienia się tego pasma nie posiada prawidłowej budowy. Przy ruchach przełyku ściana jego zostaje pociąganą przez to pasmo, skutkiem czego w tem miejscu powstaje z biegiem czasu lejkowate zagłębienie. Zrastanie się zmienionych gruczołów z dnem takiego uchyłka jest zjawiskiem następowem, wtórnem. Na potwierdzenie tego zapatrywania przytacza obecnie Ribbert 8 nowych dokładnie zbadanych przypadków takich uchyłków, w których to przypadkach w otoczeniu uchyłka i w znajdujących się tutaj gruczołach przeważnie nie znalazł żadnych śladów pozapalnych, a jednocześnie istniało wyraźne pasmo tkanki łącznej, łączące przełyk z tchawicą, dostrzegalne w 5 przypadkach już gołem okiem. W jednym z tych przypadków znalazł autor w dnie uchyłka rozgałęziające się, drążące wgłąb przewody, wysłane częściowo nabłonkiem walcowatym, miejscami nawet migawkowym, co wymownie przemawia za zarodkowem pochodzeniem uchyłka. Na podstawie obecnych i dawniejszych swych badań autor podtrzymuje swoje twierdzenie co do zarodkowego pochodzenia tych uchyłków, przynajmniej w przeważnej części przypadków. *Doc. Gliński.*

Herxheimer. **Twory torbielkowate w nerkach i w drogach moczowych.** (*Virchows Archiv* 1906 Tom. 186 Zesz. I). Autor na podstawie dokładnych badań szeregu odpowiednio dobranych przypadków i na podstawie piśmiennictwa wypowiada następujące poglądy na sprawę powstawania torbieli w nerkach i w drogach moczowych. W nerkach rozróżnić należy dwie tego rodzaju sprawy: 1) t. zw. torbielkowatość nerek (Cystenniere) i 2) pojedynczo rozsiane wśród miąższu nerki torbiele (Nierencysten). Powstawanie pierwszej sprawy autor, zgodnie zresztą z nowszemi zapatrywaniami na tę sprawę, tłómaczy zboczeniami w rozwoju nerki; wobec jednak tego, że sprawa powstawania cewek nerkowych z jednego lub dwóch pierwotnych zawiązków dotychczas nie jest ostatecznie rozstrzygniętą, sądzi H., iż niepodobna obecnie jeszcze stanowczo rozstrzygnąć, w jaki dokładnie sposób powstaje torbielkowatość nerek. Na podstawie własnych badań autor skłania się do zapatrywania, iż cewki proste nerek mają inne pochodzenie, aniżeli

wszystkie pozostałe cewki nerki; jeśli skutkiem jakichś zaburzeń rozwojowych obydwie te części nie połączą się z sobą, albo też jeśli jedna z tych części nie wytworzy się, wtedy ślepe zakończenia cewek z drugiego zawiązka ulegają torbielowatemu rozszerzeniu i powstaje obraz t. zw. torbielkowatości nerek. Zdaniem H. jest to jedyny sposób powstawania tej sprawy bez względu na to, czy ją spotykamy u osobników zupełnie młodych, czy też u starszych. Takie tłómaczenie rozciąga autor wbrew przyjętym ogólnie zapatrywaniom również i na sprawę powstawania torbieli w nerkach (Nierencysten) i tutaj przyjmując również zboczenie rozwojowe, a nie porozszerzanie cewek nerkowych skutkiem rozrostu (n. p. zapalnego) tkanki łącznej; wprawdzie niepodobna stanowczo wyłączyć możności powstawania torbieli w nerkach także i skutkiem rozrostu tkanki łącznej, to tłómaczenie wydaje się jednak Herxheimerowi mało prawdopodobnem. Jednem słowem zdaniem tego autora torbiele w nerkach zawsze są następstwem zboczeń rozwojowych bez względu na ostateczny obraz anatomiczny, czem tłómaczyć się mają również nieuchwytne przejścia pomiędzy torbielkowatością nerek (Cystenniere) i torbielkami w nerkach (Nierencysten).

Co się tyczy pochodzenia torbielków w drogach moczowych (miedniczki nerkowe, moczowody, pęcherz), to zdaniem H. w narządach tych nabłonek miejscami bardzo łatwo przy najmniejszem zadrażnieniu buja, skutkiem czego przy dłuższem, lecz tylko lekkiem podrażnieniu tworzą się liczne i wielkie gniazda komórkowe (t. zw. gniazda komórkowe Brunna), w których części środkowe z biegiem czasu wyrodnieją i rozpływają się. Takie gniazda nabłonkowe, a więc i torbielki, powstać mogą również przy lekkich sprawach zapalnych skutkiem zrastania się fałdów błony śluzowej. Wogóle więc torbielki w nerkach i torbielki w drogach moczowych mają zupełnie odmienne pochodzenie: w drogach moczowych są one głównie następstwem przewlekłych spraw zapalnych, w nerkach — powstają wskutek zaburzeń w rozwoju nerki, sprawy zaś zapalne tutaj co najwyżej mogą się przyczyniać do powiększania się torbielków, pochodzących z życia zarodkowego. *Doc. Gliński.*

Roger: **Ruchy jelit w stanie prawidłowym i przy doświadczalnej niedrożności.** (*Journ. d. physiol. et de path. gén.* T. VIII, Nr 1. 1906). Do podwiązanej z obu stron i napełnionej fizyologicznym rozczynem soli pętli jelita cienkiego u królika wprowadzał autor przez otwór w ścianie bliżej kątnicy kaniulę, zgiętą pod kątem prostym; połączywszy ją z przyrządem piszącym, można oznaczać każdą zmianę ciśnienia w odcinku, t. zn. każdy ruch jelita. Póki pętla była napełniona fizyologicznym rozczynem, nawet najczulsze przyrządy żadnego ruchu nie wykrywały; gdy ją natomiast wypełniono rozczynem peptonu lub glikozy, przyrząd piszący kreślił krzywe, zwolna wznoszące się i opadające, miarowe, w liczbie 10—12 na minutę. Najwyższe wzniesienia osiągano, używając rozczynu peptonu, zwłaszcza wstrzykując go do tętniczek jelitowych w najbliższem sąsiedztwie podwiązanego odcinka. Zapomocą drugiej kaniulki, umieszczonej w początkowej części pętli, można stwierdzić, że przytem nie ma nietylko ruchów wstecznych jelita, ale nawet fal powrotnych cieczy, światło wypełniającej.

W stanie więc prawidłowym nie ma ruchów robaczkowych wstecznych, — ale jakie stosunki zachodzą w stanach chorobowych, przy niedrożności i jak sobie należy tłómaczyć towarzyszące im wymioty kałowe? Aby to zbadać, podwiązano jelito cienkie u królika. W 24—36 godzin potem gromadziła się w jelicie ogromna ilość płynu (4—6 razy więcej niż prawidłowo) i rozpychała nadmiernie jelito, a niekiedy powrotne jej fale sięgały aż do żołądka. Zaciskiem odgraniczono tę część jelita i założono kaniulkę, jak wyżej. Teraz można było wyśledzić dwa rodzaje ruchów cieczy: jedne słabe, dość często i równoczesne z ruchami oddechowymi; drugie znacznie rzadsze (co 3 lub 4 minuty), ale znacznie też silniejsze, tak że poziom cieczy w kaniulce podnosił się o 15—16 cm., gdy przy pierwszym ruchu tylko o 3—4 cm. Krzywe w przyrządzie piszącym miały część wstępującą mniej lub więcej stromą, parę coraz niższych szczytów i wreszcie łagodnie opadały: te wielkie krzywe były pokryte znacznie mniejszemi, które pochodziły od ucisku kurczącej się przepony na rozdęte jelita; wielkie krzywe odpowiadały kurczeniu się ścian jelita podrażnionego nietyle mechanicznie przez nadmierne rozciągnięcie, ile przez jakieś ciała drażniące, zawarte w nagromadzonej cieczy. Doświadczalnie bowiem łatwo było stwierdzić, że o ile znaczne nawet rozdęcie jelita cieczą obojętną ruchów takich nie wywołuje, o tyle następują one po wypełnieniu jelit innych królików cieczą, przy niedrożności nagromadzoną. Po założeniu drugiej kaniuli na początku pętli nie stwierdzono ruchu przeciwrobaczkowego; ciecz w tej rurce wznosiła się tylko o tyle, o ile wracały fale, odbite od miejsca niedrożnego. Wymioty kałowe więc, cechujące niedrożność jelit, należałoby tłómaczyć tylko uciskiem ścian brzusznych na nadmiernie rozdęte jelita. *Oszacki.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Rumpf. **W sprawie rokowania w gruźlicy płuc.** (*Münch. med. Woch.* 1906 Nr 29). Zaznaczywszy na wstępie, że dla osiągnięcia dobrych wyników w leczeniu sanatoryjnem gruźlicy nie potrzeba koniecznie miejscowości wysoko położonych, miejscowości bowiem podgórskie mają powietrze równie czyste i do leczenia gruźlicy zarówno odpowiednie — przechodzi autor do omówienia okoliczności, które pozwalają na pewne oryentowanie się w sprawie rokowania w gruźlicy. I tak bardzo młody wiek, 16—20 lat, każe wedle autora rokować korzystnie, o ile nie chodzi o t. zw. formę galopującą. Pochodzi to stąd, że w tym wieku żywotne siły ustroju są największe, co sprzyja leczeniu.

Największy odsetek śmiertelności zauważył autor (statystyka opiera się na prawie tysiącu chorych w sanatoryum) w wieku pomiędzy 36—40 rokiem życia. Autor przypisuje to tej okoliczności, że ludzie będący w tym wieku mają przeważnie rodziny i, pracując na nie o ile się da najdłużej, zwlekają z leczeniem. U osób z obciążeniem dziedzicznem gruźlica nie przebiegała złośliwiej, niż u innych, to samo dotyczyło t. zw. obciążenia Brehmera. (Według B. u rodzin, które mają dużo dzieci, najmłodsze dzieci i dzieci tychże dzieci są szczególnie skłonne do gruźlicy). Szczególnie poważne znaczenie w rokowaniu mają liczne i uporczywie utrzymujące się rzężenia dźwięczne, uporczywa gorączka, przyśpieszenie tętna bez gorączki, oraz gruźlica krtani. Leczenie w miesiącach zimowych daje ten sam odsetek wyzdrowień, jak leczenie w miesiącach letnich. *Dr M. Godlewski.*

Voit. **Leczenie nawykowego zaparcia stolca zapomocą regulinu Schmidta.** (*Münch. med. Woch.* 1906. Nr 30). Lek stosowano w purée z kartofli lub jabłek w ilości 1—2 łyżek dziennie. Korzystny skutek pojawia się dopiero po dłuższem używaniu, w początkach zatem należy prócz tego stosować lewatywy. Stopniowo można ilość zmniejszać aż do łyżeczki. Ogółem lek oddaje bardzo dobre usługi. *Dr M. Godlewski.*

Leo. **W sprawie braku soku żołądkowego w żołądku.** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1906). W przebiegu tej, zdaniem autora wcale nie tak rzadkiej, jak przypuszczano, choroby, nie przychodzi do zupełnego braku kwasu solnego i fermentów zaczynowych, tylko do nadzwyczaj słabego ich wydzielania się, skutkiem czego kwas solny wolny wykazać się nie daje, zostaje bowiem natychmiastowo związany; fermenty wykazać można, ale czulszemi próbami, niż te, których zazwyczaj używa się w celach klinicznych. Że kwas solny wydziela się, wnosić można zdaniem autora z pojawiania się fermentów; powstawanie bowiem fermentów z prafermentów odbywa się pod wpływem kwasu solnego. Z pojawiania się fermentów w moczu nie można, zdaniem autora, wnosić, że wydzielają się one w prawidłowej ilości. Na istnienie podstawy nerwowej dla braku soku żołądkowego zapatruje się Leo sceptycznie. Najczęściej przyczyną jest zanik w gruczołach wydzielniczych żołądka, wtedy jest choroba rzeczywiście nieuleczalna. Rzadkie przypadki, gdzie nastały później stosunki zupełnie prawidłowe, tłómaczą się zmianą kataralną, bez zaniku w narządzie wydzielniczym. Z objawów klinicznych podnieść należy silne nieraz — zwłaszcza po jedzeniu — bole, obok nieprawidłowości w oddawaniu stolca (czyszczenie, zaparcie lub naprzemian). W zwalczaniu zaparcia oddawał autorowi regulin lub parareguIin dobre usługi. Przypadłości podmiotowe usuwał często kwas solny z pepsyną. (Rp. Acidi muriat. dil. 10. — Pepsini sicc. 10. — Aq. destill. 50. S: Po jedzeniu łyżeczka). *Dr M. Godlewski.*

Riebold. **Leczenie ostrych zapaleń stawów śródżylnem wstrzykiwaniem kollargolu.** (*Münch. med. Woch.* Nr 32, 1906). Leczenie wewnętrzne ostrych zapaleń stawowych często nie daje pożądanego wyniku. Także leczenie zastoiną nie zawsze zadowalnia. Zwłaszcza wiewiórowe zapalenia stawów są uporczywe. Za radą Credego stosowano w Dreznie śródżylne wstrzykiwanie kollargolu w przypadkach ostrych zapaleń stawów na różnem tle w 35 przypadkach, z tego w 11 osiągnięto wyleczenie, w 4 wybitną poprawę. W reszcie wynik był wątpliwy, choć nie da się zaprzeczyć, że wstrzykiwania działały i tu korzystnie, zmniejszając bolesność i ciepłotę. Używa się 2% rozczynu, wstrzykując najpierw 4—8 cm^3, potem w razie silnej bolesności w 2 dni 6—10^3. Wogóle nieraz trzeba nawet 6 razy wstrzykiwać. Płyn powinno się wprowadzać bardzo powoli. Do żyły zwykle łatwo jest dostać się przez skórę, czasem jednak trzeba ją sobie odsłonić. Wstrzyknięcie obok naczynia powoduje bolesny naciek, ustępujący jednak dobrowolnie. 2 razy spostrzegano zapad (wstrzyknięto dużą ilość). W 2—5 godzin po wstrzyknięciu podnosi się zwykle ciepłota do 40°, występuje dreszcz, wymioty i poty. Przypady te stoją w prostym stosunku do wstrzykniętego kollargolu. Najkorzystniej działa kollargol w przypadkach wiewiórowego zajęcia stawów, potem w podostrych gośćcowych sprawach, a w końcu w zajęciach septycznych stawów. *Klęsk.*

Blumenthal. **O zatruciu lyzolem.** *(Deut. med. Woch.* 1906. Nr 32). Zatrucia lyzolem zdarzają się obecnie coraz częściej (w Berlinie około 100 rocznie). Trucizna ta wywołuje nadżarcia lub przekrwienia błon śluzowych, a zatruwa ustrój zgubnem swem działaniem na system nerwowy. Dawka śmiertelna nie jest ściśle jeszcze oznaczoną i nie jest ona też pewnie stałą, bo czasem nawet 50 gramów ustrój znosi bezkarnie. Z ilości wydzielonego kresolu można sądzić o ilości pobranego lyzolu, gdyż mniej więcej $^1/_4$ wydziela się. Wypłukanie żołądka w 2—3 godzin po zażyciu działa pewnie, bo wtedy jeszcze bardzo dużo lyzolu z powrotem wydobyć można. Utrata przytomności, występująca przy zatruciu, powinna ustąpić po wypłukaniu w 2—3 godzin; gdy po 12 godzinach przytomność nie powraca, rokowanie powinno być złe. Organizm broni się przed zatruciem, wiążąc lyzol z kwasem siarkowym i glikuronowym. Co do leczenia, to należy żołądek wypłukać jaknajszybciej, najlepiej mlekiem i wydobyć lyzol. Przeciw zapadowi środki sercowe, najlepiej digalen śródmięśniowo. Jeżeli chory przetrzyma 24 godzin, to napewno wróci do zdrowia. *Klęsk.*

CHIRURGIA. Kümmell. **Wyniki wczesnego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 33, 1906). Przed rokiem ogłosił autor wyniki 1000 swoich operacyi na wyrostku robaczkowym (ogólna śmiertelność 10·2%); z tego operował 82 chorych w późnym okresie cierpienia. Już wtedy oświadczył się Kümmell za wczesną operacyą. Obecnie, gdy operuje możliwie wczas, wyniki ma coraz lepsze, bo obecnie zaledwo 1% śmiertelności (w tym roku). Pamiętać należy, że zwykle „pierwszy dzień choroby“ nie jest istotnie pierwszym, toteż nawet wczas operując, zdumiewać się często trzeba nad strasznem zniszczeniem w tak krótkim czasie. Przebiegu żadnego przypadku chorobowego przewidzieć nie możemy. Objawy kliniczne są złudne. Przez wczesne operowanie zyskujemy to, że usuwamy odrazu doszczętnie chorobę, pozbywamy się obawy, jak będzie nazajutrz i dalej, skracamy czas choroby. Natomiast przez czekanie zmuszamy pacyenta do spokoju, dyety, każemy mu leżeć tygodniami w łóżku, straszymy nawrotami choroby, nie dozwalamy mu żyć tak, jak chce, nieraz w końcu operujemy go mimo to, lub też nakłaniamy do operacyi „na zimno“. Pamiętając o tem, widząc, że operacya w 48 godzin jest często już operacyą niewczesną, znając dobre wyniki zabiegów rychłych, czyż wahać się mamy jeszcze, czy operować, czy czekać? *Klęsk.*

Prof. Wendel. **Obecne usiłowania celem zmniejszenia niebezpieczeństwa uśpienia.** *(Münch. med. Wochft.* Nr. 33, 1906). Obawa przed ogólnem uśpieniem staje się przyczyną coraz to nowych usiłowań, by zmniejszyć niebezpieczeństwo takiego uśpienia. Czy lepszy do ogólnego uśpienia eter, czy chloroform, orzec trudno, gdyż statystyki podają różne liczby. Chloroformu powszechnie używa się częściej. W statystyce Gurlta, obejmującej 333.429 spostrzeżeń, uśpień chloroformem było 73%. Inne środki usypiające, jak gaz rozweselający, chlorek etylu, bromek etylu, bromoform, pental, nie znalazły szerszego zastosowania. Mieszanka usypiająca (chloroform-eter-alkohol) niedługo też cieszyła się powodzeniem. Nussbaum polecił dołączać do uśpienia chloroformem wstrzyknięcie morfiny, Roth doradza uśpienie chloroformowo-tlenowe. Wielkim postępem było wprowadzone przez Witzla ostrożne usypianie eterem (kroplami go podając). Sudeck polecił wykonywać krótkie zabiegi w pierwszem podnieceniu eterowem. Uśpienie skopolaminowe pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Ze sposobów znieczulania miejscowego wspomnieć należy o sposobach Schleicha, Brauna i Obersta. Przerywają one przewodnictwo nerwowe. Znieczula się też zimnem (chlorek etylu) lub na odwrót gorącem. W końcu w znieczuleniu lędźwiowem Biera znajdujemy sposób, który zdaje się potrafi zastąpić w bardzo wielu przypadkach uśpienie ogólne. Autor stosuje to znieczulenie ku zupełnemu swemu zadowoleniu. *Klęsk.*

Stenczel. **Przyczynek do leczenia zapaleń gruczołów pachwinowych wskutek wrzodu miękkiego.** *(Therapeut. Monatsber.* Z. 7, 1906). Leczenie chirurgiczne gruczołów pachwinowych, zropiałych na tle wenerycznem, polega obecnie na 4 sposobach: 1) wycięciu gruczołów w całości, 2) nacięciu i wyskrobaniu, 3) nakłuciu podług Langa, 4) nacięciach i przeciwcięciach i sączkowaniu. Wycięcie zupełne stosuje się rychło, skoro tylko wrzód się zagoi, gruczoły nie maleją, a niebardzo są złączone ze skórą i nie mają skłonności do silniejszego ropienia. Nacięcie daje dobre wyniki w razie powierzchownego ropienia, gdy gruczoły są złączone ze skórą. Inne sposoby stosować należy w razie wyraźnego chełbotania, nigdy zaś w razie zapalnego nacieku bez chełbotania. Co do leczenia nie operacyjnego lub przygotowującego, to zimno działa niekorzystnie w tej chorobie, natomiast okłady gorące zmniejszają rychło bolesność i obrzęk, a często wstrzymują ropienie. Ciepłotę należy stosować wysoką: 50—60°. Pollock polecał sposób, który widział w Neapolu: skórę smaruje się jodyną energicznie, a potem co dzień przepuszcza się prąd elektryczny stały, przykładając na 10 minut katodę (6 milliamperów). Blizko w połowie przypadków sposób ten wstrzymuje ropienie. Często rany pooperacyjne goją się bardzo powoli i źle, przyjmując szankrowaty charakter. W przypadkach tych autor poleca gorąco wypalenie ziarniny siarkanem miedzi *in substantia* i czyszczenie rany 25% rozczynem tegoż. Korzystnie działa też w takich przypadkach ciepło promieniste termokautera. Sposoby te zastępują zupełnie dobrze skrobanie niezdrowej ziarniny. Autorowi udało się 30% zapaleń gruczołów wyleczyć bez operacyi. U operowanych czas leczenia bez powikłań trwa 3 tygodnie. *Klęsk.*

Weisselberg. **Przypadek zwężenia przełyku, wyleczony fibrolizyną.** *(Münch. med. Wochft.* Nr 33, 1906). W przypadku rozległego zwężenia przełyku po poparzeniu ługiem sodowym próbowano bezskutecznie rozszerzania mechanicznego (gdyż chory zgłosił się dopiero w 10 lat po wypadku). Autor wstrzykiwał thiosynaminę, ale bez dodatniego wyniku. Po 20 wstrzyknięciach spróbował wstrzykiwań fibrolizyny Mercka (co 2—3 dni flaszeczkę 2·3 ccm.). Po kilku wstrzyknięciach udało się rozszerzyć wszystkie zwężenia, a tylko przez wpust nie można jeszcze było przesunąć zgłębnika. Dopiero po 39. wstrzyknięciu zaczęło się zwężenie we wpuście prawie nagle rozszerzać i chory został zupełnie uleczony. Wobec tego poleca autor gorąco fibrolizynę w zwężeniach przełyku po środkach żrących. *Klęsk.*

Perthes. **Przegląd wyników następowych po leczeniu raków promieniami Röntgena.** *(Posiedz. Tow. lek. lipsk.* 26/6, 1906). P. podaje wyniki leczenia raków promieniami Röntgena od roku 1903. Leczył 33 powierzchownych raków bardzo silnem naświetlaniem. W r. 1903—1904 leczył 25 przypadków. Obecnie 20 z nich miał sposobność badać. Z tego w 17 dotąd, t. j. po 2 latach, nie ma nawrotu. Z 6 przypadków rozległych raków kości czaszki, oczodołu (z tego 4 nawroty po operacyi) nie uleczył żadnego. Natomiast 14 raków wargi powiodło się zupełnie uleczyć. 2 przypadki śledzi od 3 lat. Naświetlanie przerzutów w gruczołach nie jest pewnem, radzi więc P. gruczoły usuwać operacyjnie. Naświetlanie było też skutecznem w przypadkach raków języka, dna jamy ustnej i sutka. *Klęsk.*

Wittmack. **W sprawie paciorkowca śluzowego jako czynnika wywołującego ostre zapalenie ucha środkowego.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 31, 1906). Prócz drobnoustrojów ropnych znajdowano w ropie przy zapaleniu ucha środkowego także mikroba zapalenia płuc, prątki okrężnicowy, tyfusowy, błonicy i ropy błękitnej. Najczęściej jednak spotyka się drobnoustroje ropne, mianowicie paciorkowca, dwoinkę lancetowatą, rzadziej gronkowce. Schottmüller wykazał, że między paciorkowcami na pożywkach krew zawierających, wykazać można kilka gatunków, mianowicie: paciorkowca różowatego, zielonego i śluzowego. Fränkel zalecił w tym celu jeszcze hodowanie na agarze lakmusowo-natrozowym. Autor przeprowadził w ten sposób szczegółowe badania w 55 przypadkach i znalazł w 21 paciorkowca śluzowego, w 24 różowatego, w 10 dwoinkę lancetowatą. Najzjadliwszym okazał się paciorkowiec śluzowy. Według autora odróżnia się on tem od lancetowatego, że tioniną barwi się jego otoczka żywoczerwono. Zapalenia przez niego wywołane trwają najdłużej (4—5 tygodni) i dołącza się do nich często zajęcie wyrostka sutkowego. Zapalenia na tle dwoinki lancetowatej przebiegają zwykle lekko i krótko (2 tygodnie). Pośrodku między niemi stoi zapalenie, wywołane paciorkowcem różowatym. Bardzo często zapalenie na tle paciorkowca śluzowego usadawia się pierwotnie nawet w wyrostku, mianowicie w błonie śluzowej komór powietrznych, co przypomina żywo pierwotne zajęcie pęcherzyków płucnych i drobnych oskrzeli. Bardzo często sprawa w wyrostku przytem goi się samoistnie. Wydzielina przy zapaleniu na tle dwoinki lancetowatej jest ciężko-płynna, rzadko ropna i zawiera często skrzepy włóknikowe. Zapalenie na tle paciorkowca różowatego występuje głównie u dzieci jako powikłania odry, płonicy itd. *Klęsk.*

Sonnenburg. **Główne zasady postępowania przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** *(Deutsch. mediz. Wochft.* Nr 30. 1906). Autor kładzie główny nacisk na trzy objawy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego t. j. na zachowanie się tętna, ciepłoty i ilości krwinek białych. W każdym napadzie podnosi się równocześnie każdy z tych objawów. Złą bardzo dla rokowania rzeczą jest, gdy tylko jeden z tych objawów nadmiernie się podniesie, podczas gdy dwa inne mu nie towarzyszą. Z objawów miejscowych wiele daje wskazówek bolesność okolicy wyrostka, całego brzucha lub też oporność powłok brzusznych. W razie podniesienia się jednego z trzech wspomnianych objawów i silnej bolesności należy zaraz pierwszego dnia zawezwać chirurga. W przypadkach lżejszych nieżytowych należy leczyć wyczekująco morfiną i za-

kazaniem picia płynów. Gdy lekarza wezwą po upływie 48 godzin, a więc trzeciego dnia choroby i już są objawy postępującego zapalenia otrzewnej, to i tak trzeba nakłaniać do operacyi. W razie ciężkiego stanu, od 4 dnia operacya daje już te same szanse, co leczenie wewnętrzne. W razie otorbiania się ropnia, należy czekać o ile na to objawy pozwalają, na pewne otorbienie się i nie spieszyć z operacyą. Im później się operuje, tem łatwiej występują powikłania pooperacyjne, jak ropnie następowe, zakrzepy i zatory. Operacya po napadzie niezawsze usuwa radykalnie objawy i dolegliwości, zwłaszcza jeżeli przedtem wyraźnych napadów nigdy nie było, a tylko dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Jeden jedyny silny atak, jeżeli żadnych objawów po sobie nie pozostawi, nie upoważnia jeszcze do operacyi, bo czasem wtedy sama natura zniszczyła już wyrostek. U dzieci, ze względu na niewyraźne dane, radzi autor zawsze operacyę wykonywać, o ile okolica wyrostka okazuje się nienormalną. Objawy niedrożności jelit dowodzą zwykle zrostów i trzeba wtedy operować. U młodych kobiet zdarzają się często przy regularności bóle po prawej stronie i przypadłości pęcherzowe. Dowodzi to, że są zrosty wyrostka z jajnikiem i pęcherzem moczowym. Mimo wczesnego wkraczania i tak 3—4% ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego kończy się śmiertelnie, bo cierpienie to jest tak trudne do określenia, jak mało innych. *Klęsk.*

Landow. **Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego i bardzo silnych bólów karku po znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 30, 1906). Przed kilku miesiącami podał Adam przypadek lewostronnego porażenia nerwu odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem. Potem ogłosił Loeser i Roeder jeszcze trzy podobne przypadki, z których w jednym prócz n. odwodzącego porażony był także nerw bloczkowy (n. trochlearis). Autor dołącza jeszcze swój przypadek, w którym porażenie i to obustronne wystąpiło w 7 dni po operacyi przetoki odbytu i krwawnic. Operacyę próbowano wykonać w znieczuleniu lędźwiowem; mimo podwójnego wstrzyknięcia i zamroczenia skopolaminowo-morfinowego nie było wyniku i znieczulenie zawiodło, a potem użyto chloroformu. Po 10-ciu dniach porażenie trochę ustąpiło i poprawa postępuje obecnie dalej. Przyczyny występowania tych porażeń nie znamy, zdaje się, że może działają tu wpływy toksyczne. Porażenie to występuje wśród objawów podrażnienia opon, bólu głowy, sztywności i bolesności karku. Wobec tego radzi autor być bardzo jeszcze ostrożnym ze zastosowaniem znieczulenia lędźwiowego, zwłaszcza u osób nerwowych. (Prócz wspomnianych przypadków ogłoszono już obecnie 2 nowe przypadki podobnego porażenia, a my ze swej strony dodać możemy z kliniki krakowskiej trzeci, również po operacyi krwawnic). (Przyp. refer.). *Klęsk.*

Eckstein. **Nowa metoda sporządzania odcisków nożnych.** (*Arch. f. Ost., Mech. u. Unf.* 1906, Z. 4). H. Eckstein ogłasza właściwie nie swoją metodę, lecz metodę, wynalezioną przez pana K. Probsta i polegającą na tem, że się naprzód zwilża cienką płytę gumową zwykłą farbą stemplową, poczem pacyent staje na tej płycie. Pod płytę kładzie się uprzednio kawałek papieru, na który następnie odcisk się przenosi. P. Probst zestawił w tym celu specyalny aparat w cenie 25 marek (Berlin, Belle Alliance 30) i opatentował. Cała rzecz da się jednak przeprowadzić i bez tej skomplikowanej maszyny i kosztuje wtedy mniej. *Doc. Chlumský.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Jak dolno-austryacki Wydział krajowy płaci lekarzy? Na wezwanie władzy politycznej pełnił dr B. od 1 grudnia 1905 do 16 lutego 1906 czynności lekarza gminnego w grupie sanitarnej R., składającej się z 4 gmin, za co Wydział krajowy obiecał zapłacić oprócz »dodatków gminnych«, należących się za ten czas, jeszcze »remuneracyę w miarę posiadanych środków« i to po wniesieniu w odpowiednim czasie podania z prośbą. Aby członkom tej grupy gmin umożliwić korzystanie z opieki lekarskiej, urządził dr B. na czas swego zastępstwa w R. aptekę domową i pokój ordynacyjny, który mu burmistrz »oddał do dyspozycyi«. (Później kazał sobie burmistrz za ten pokój dobrze zapłacić). Dr B. trzy razy w tygodniu zjeżdżał do R. na godziny ordynacyjne, musiał w tym celu przebyć wozem na własny koszt na ogół około 600 km. w najgorszej porze roku, po rozmokłych, notorycznie złych drogach, nie wliczając w to wyjazdów dla oględzin zmarłych, odkażania itd.

Uznanie Wydziału krajowego za spełnienie tak ciężkiej pracy stanowiło następujące pismo: »L. 250/12 — XXIII, 398. Wskutek podania Pańskiego z 20 lutego 1906 polecono równocześnie c. k. urzędowi podatkowemu B. wypłacić Panu za czas od 1 grudnia 1905 do 16 lutego 1906 przypadające dodatki sanitarne gmin grupy sanitarnej R. a mianowicie...... razem koron 72 halerzy 92 za złożeniem ostemplowanego kwitu i okazaniem dekretu. Prośbie Pańskiej o remuneracyę z funduszów krajowych odmówiono. Wiedeń 1 czerwca 1906. Wydział krajowy księstwa Austryi niższej. Referent dr Scheicher m. p.«.

Nic dziwnego, że takie zdarzenia opór bierny coraz bardziej zaostrzają i nawet obojętnych do walki zachęcają. Wszak wydział krajowy Austryi niższej postępuje z lekarzami gorzej, niż ze zwykłymi robotnikami. Każdy robotnik ma prawo ugodzić się z pracodawcą naprzód, przed rozpoczęciem pracy, a po jej ukończeniu ma prawo żądać umówionej zapłaty. Tylko lekarz gminny w Austryi dolnej musi tem się zadowolnić, co mu wydział krajowy da w drodze łaski, bo wydział krajowy wciąż jeszcze uporczywie myśli, że subwencya krajowa nie jest zapłatą za spełnioną pracę, ale darem z łaski, zależnym od widzimisię i fantazyi referenta.

Przypadki takie, jak opisany, najdowodniej przekonują, że stosunek służbowy lekarzy gminnych do wydziału krajowego Austryi niższej jest niemożliwy. Walka obecna przechodzi też w coraz ostrzejsze okresy. Lekarze nie donoszą już, jak to czynili dotąd, o chorobach zakaźnych z nadmienieniem, że istnieje przypuszczenie w tym albo owym kierunku, ale w każdym przypadku na doniesieniu w rubryce: »rodzaj choroby« piszą »Infectionskrankheit?« I jak dotąd władze nie dały się wyprowadzić z równowagi biernym oporem, tak teraz zaczynają bez słusznej przyczyny okazywać pewne rozdrażnienie. Niektórzy lekarze powiatowi występują obecnie do walki ze swoimi kolegami i używają wszelkich możliwych środków. I tak n. p. wzywają przed swe srogie oblicza lekarzy gminnych, naturalnie przedewszystkiem jak najdalej mieszkających i każą im przebyć 30—40 km. drogi, by im powiedzieć to wielkie słowo: »Doniesień o chorobach zakaźnych zwrotem »Infectionskrankheit?» wypełniać nie wolno!« Jeden szczególnie wykształcony lekarz powiatowy orzekł, że »doniesienie o chorobie zakaźnej wolno zrobić dopiero **po** pewnem rozpoznaniu«, z czego naturalnie wynika, że nie wolno wpisywać słowa: »Infectionskrankheit?«, ale ścisłe rozpoznanie. Tymczasem przecież nieraz do lekarza zgłasza się chory we wczesnym okresie choroby, kiedy nikt w świecie nie zdoła jeszcze rozpoznać rodzaju choroby, choć wszystko przemawia za jakąś chorobą zakaźną. Czyż wtedy raczej nie należałoby pochwalić lekarza, że już wcześnie ostrzega władze przed możliwością wybuchu zarazy i w ten sposób oddaje społeczeństwu wprawdzie niezapłaconą, ale i nieopłaconą usługę? *E. Stahr.*

O wpływie walki lekarzy dolno-austryackich na stosunki lekarskie w innych krajach koronnych. Wolna organizacya lekarzy gminnych i obwodowych Styryi donosi, że 5 lipca 1906 r., znalazł się projekt ustawy sanitarnej na porządku dziennym. Referat dra Jesenki był bardzo przychylny. Postanowiono tylko równocześnie zająć się dokładnie sprawą innego personalu sanitarnego, akuszerek, służby szpitalnej itd. i dlatego wybrano komisyę, która ma pracę swą skończyć po końca września. W skład tej komisyi powołano i przewodniczącego organizacyi lekarskiej.

Wolna organizacya lekarzy gminnych Śląska otrzymała w odpowiedzi na podanie swe w sprawie żądań lekarzy gminnych Śląska następujące pismo z wydziału krajowego: »L. 13889 Opawa 5 lipca 1906. Do projektu ustawy sanitarnej krajowej dla Śląska, zawartego w podaniu z 25 czerwca 1906, uprasza się dołączyć i przesłać na ręce Wydziału krajowego jeszcze wszelkie inne materyały statystyczne lub inne, do sprawy tej się odnoszące. Wydaje nam się pożądanem także i bliższe uzasadnienie poszczególnych postanowień projektu. Namiestnik Larisch m. p.«.

Prezydyum wolnej organizacyi lekarzy gminnych Austryi górnej donosi o posłuchaniu, które miało u namiestnika barona Handla. Okazało się, że namiestnik jest doskonale powiadomiony o ruchu lekarskim; zapewniał o swej życzliwości dla stanu lekarskiego i obiecał na sejmie życzenia lekarzy jak najgorręcej poprzeć. Zaś starosta dr Ebenhoch prosił lekarzy na posłuchaniu, by mu szczegółowo żądania swe przedstawili, wyraził życzenie pozostawania w ciągłej styczności z lekarzami i obiecał wedle sił pomagać lekarzom tak pod względem społecznym, jak i materyalnym. Projekt w sprawie szczepienia i zaopatrzenia starców będzie przedłożony już na najbliższej sesyi sejmu górno-austryackiego we Wrześniu. Dr Ebenhoch oświadczył także, że

będzie od czasu do czasu zapraszał prezydyum organizacyi na narady i wyraził życzenie, by prezydyum przy tworzeniu i zmienianiu gmin sanitarnych i t. d. przedkładało życzenia swe wprost wydziałowi krajowemu. *Exempla trahunt!*

Także Izba lekarska Gorycyi i Gradyski uchwaliła na jednem z ostatnich posiedzeń, że pod grozą kary honorowej nie wolno członkom Izby szczepić, jak długo władze nie uregulują sprawy odpowiedniego płacenia za szczepienia publiczne. Uchwałę tę wywołało to, że za szczepienie lekarze wogóle dotąd zapłaty żadnej nie pobierają, a dostają tylko skromne dyety podróżne za szczepienie po za miejscem zamieszkania lekarza i nadto w ostatnich czasach okręgi szczepienia coraz bardziej bywają rozszerzane tak, że niektórzy lekarze z powodu wielkich odległości dostają za jedno szczepienie $^1/_2$ — 2 (pół do dwóch halerzy!) *E. Stahr.*

Na jednem z ostatnich posiedzeń morawskiej Izby lekarskiej zastanawiano się nad pytaniem pewnego lekarza, **czy lekarz, bawiący gdziekolwiek dla odpoczynku, ma prawo wykonywać praktykę** czyto bezpłatnie, czy za zapłatą i dalej nad tem, **czy posiadacz domowej apteki obowiązany jest do ekspedycyi recept innego lekarza.** Po dłuższej naradzie uchwalono następującą odpowiedź: Nie można żadnemu lekarzowi zabronić wykonywania praktyki, gdziekolwiek zechce, tylko musi on przedtem u odpowiedniej władzy politycznej udowodnić prawo do praktyki i zgłosić się u Izby lekarskiej. W drugiej sprawie zwrócono uwagę pytającemu, że wedle rozporządzenia ministerstwa spraw wewn. z 26 grudnia 1882 i 16 kwietnia 1894 nie wolno odmówić wydania leku z zapasu domowej apteki, jeśli lek ten został polecony i uznany za pilnie potrzebny przez zamiejscowego lekarza, do udzielenia pomocy wezwanego i jeśliby o lek z innej apteki nie było można na czas się postarać. *E. Stahr.*

Związek państwowy lekarzy austr. (Der Reichsverband der Aerzte Oesterreichs) uchwalił na swem ostatniem posiedzeniu następujący wniosek: »Aż do roku 1898 byli lekarze austryaccy uwolnieni od podatku zarobkowego, a obowiązani płacić tylko ogólny podatek dochodowy. Uprzywilejowanie to lekarzy było w każdym razie uzasadnione tą okolicznością, że państwo składa na barki lekarzy bezpłatny obowiązek służenia społeczeństwu w sprawach publicznego zdrowia (donoszenie o chorobach zakaźnych, bezpłatne donoszenie sądom o okaleczeniach i t. d.). Aż do r. 1892 mieli medycy także ulgi w służbie wojskowej — w tym roku wprowadzono w życie postanowienia, które stały się ciężarem dla lekarzy, bo czas studyów, a więc czas bez dochodów, z lat sześciu urósł dla medyka do lat siedmiu. W r. 1893 kazano i lekarzom płacić podatek zarobkowy, zrównano ich zatem z wszystkimi innymi zarobkującymi stanami i nałożono im takie same ciężary, ale przytem nie ulżono im równocześnie, jak to być winno, innych nadzwyczajnych i bardzo gniotących ciężarów. Do tych nadzwyczajnych ciężarów, które w ostatnich latach spadły na cały stan lekarski, należy zaliczyć: uogólnianie się kas chorych i pomniejszanie się przez to dochodów lekarzy, coraz bujniejsze szerzenie się partactwa leczniczego itd. Państwo uważa nas z jednej strony za ludzi interesu, a z drugiej strony za bardzo podatny przedmiot do wyzyskiwania w kierunku publicznej służby zdrowia. Krzywda ta musi być w przyszłości usuniętą, a mianowicie przez zniesienie bezpłatnego obowiązku donoszenia i przez zniesienie przymusu zawodowego«. *E. Stahr.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 19/VIII a 25/VIII br. urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 49 (obcych 18); z tego z gruźlicy 13 (5), zapalenia płuc — (—), błonicy — (—), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 2 (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 4 (—), innych chorób zakaźnych 3 (1); śmierci gwałtownej 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 19/VIII do 25/VIII br. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (obcych 8), krztuśca 2 (—), ospy — (—), płonicy 2 (—), odry 3 (—), duru brzusznego 3 (7); w tymże czasie zmarło z płonicy 8, z duru brzusznego 1 (1).

Wiadomości bieżące.

Lwów. Fizykat miejski nie ustaje w godnych naśladowania staraniach o poprawę stosunków sanitarnych nietylko we Lwowie, ale i w całej Galicyi. Obecnie znów urządził fizykat kurs dla wykształcenia służby dezynfekcyjnej, na który zgłosiło się stu kilkunastu uczestników, między nimi kilkudziesięciu włościan. Kurs ten trwał tydzień, a ukończyło go pomyślnie 38 osób; wogóle kursa, urządzane we Lwowie, wykształciły dotąd w służbie dezynfekcyjnej bezmała 500 osób.

— Prywatną lecznicę oczną otwierają z dniem 1 września b. r. dr Alf. Burzyński i dr August Jaworski.

— W zakładzie kulparkowskim z 5 nowych pawilonów ukończono i oddano do użytku 2 na 150 łóżek.

— Według ostatnich list bawiło w Iwoniczu 3,989, w Krynicy 6,288, w Rabce 2,582, w Rymanowie 2,076, w Szczawnicy 2,357, w Truskawcu 1,721, w Zakopanem 7,186 osób. Zakład w Żegiestowie kupił od p. Krynickiego X. Żyguliński i Sp.

Warszawa. Z dniem 1 lipca b. r. rozpoczął wychodzić nowy miesięcznik p. n. »Kronika dentystyczna«, wydawany przez M. Krakowskiego. Oprócz artykułów oryginalnych mieści pierwszy zeszyt pisma obfity dział sprawozdawczy, notatki lecznicze i urozmaiconą kronikę. Nowemu wydawnictwu życzyć należy powodzenia.

— »Gazeta lekarska« dołączyła do Nr 30 »Sprawozdania z posiedzeń sekcyi chirurgicznej przy warszawskiem Tow. lek.«, działając jako organ tej sekcyi.

— Ambulatoryum przy szpitalu św. Rocha, działające z wielkim pożytkiem od lat kilkunastu, ma być podobno zwinięte, przeciw czemu energicznie protestuje »Kronika lekarska« (Z. 16).

— Grasują stale w Warszawie odra, płonica, krztusiec, czerwonka, a w sierpniu pojawiać się poczęła grypa.

Z różnych stron. Na posiedzeniach ogólnych tegorocznego zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Stuttgardzie (17. i 21. września) mówić będą m. i.: Lipps: »Nauki przyrodnicze a światopogląd«, Baelz: »Opętanie i stany pokrewne«, Loeb: »Sztuczne dzieworództwo (*parthenogenesis*)«.

— Niemiecki komitet zwalczania gruźlicy wydał »pouczenie dla matek« w postaci artystycznego plakatu, który będzie umieszczony we wszystkich lokalach publicznych i t. p.

— Świeżo zmarły prof. dentystyki Adolf Witzel zapisał 10,000 Mk. na poparcie studyum dentystycznego na wszechnicach niemieckich.

— Znakomici klinicyści berlińscy prof. Leyden, Olshausen i Bergmann zamierzają podobno ustąpić z katedr z powodu podeszłego wieku.

— Z fundacyi Simona, przeznaczonej na badanie kiły, otrzymali prof. Lesser 6,000, dr Siegel w Berlinie 18,000, a prof. Neisser we Wrocławiu 76,000 marek.

— W Berlinie otwartym zostanie w letniem półroczu 1907 nowo utworzony zakład medycyny sądowej.

— W połowie sierpnia zwiedziło w ciągu 3 dni berlińskie zakłady naukowe 40 francuskich lekarzy pod wodzą prof. Rouxa. Lekarze berlińscy zgotowali kolegom z za Renu serdeczne przyjęcie. *E. S.*

— Wydział lekarski berliński rozpisał konkurs na następujące tematy: 1) »Badania porównawcze histogenezy mięśnia sercowego, szczególniej z uwzględnieniem pytania, czy tkanka mięsna przedstawia syncytyum, czy też da się rozłożyć na poszczególne komórki«. 2) »Badania prawidłowej i chorobowej anatomii wyrostka robaczkowego«. *E. S*

— Wojskowy komitet sanitarny (Militärsanitätskomitee) w Wiedniu ogłasza konkurs z terminem do 31 grudnia 1907 na pracę na temat: »Nerwice urazowe wskutek urazów głowy, ich wpływ na zdolność do służby wojskowej i znaczenie ich przy żądaniach spensyonowania«.

— Związek docentów szkół wyższych zwrócił się do profesorów wiedeńskiego wydziału lekarskiego z prośbą, by rozważyli, czyby się nie dało na tym wydziale, jak to już dzieje się na innych, powierzać na przemian docentom zwykłych kolegiów. Nadto proszą docenci, by profesorowie z głównych wykładów swoich wydzielili te rozdziały, których zwykle nie mogą nadążyć wykładać, i by je przydzielili docentom prywatnym. Sprawę tę ma wydział rozstrzygnąć jeszcze przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego. *E. S.*

— Organizacya lekarzy gminnych i praktycznych Austryi niższej postanowiła we wrześniu b. r. zwołać wiec lekarzy dolnoaustryackich. *E. S.*

— XIX Zjazd chirurgów francuskich rozpocznie się 1-go października 1906. Program obejmuje wykłady: 1) Chirurgia grubych pni nerwowych. 2) Wynicowanie jądra i jego powikłania. 3) Środki i drogi dostania się do klatki piersiowej z punktu widzenia operacyjnego. *E. S.*

— Opłata półroczna za prawo uczęszczania na uniwersytet ma być w Rosyi podniesiona z 25 na 40 rubli, natomiast mają odpaść wszelkie inne opłaty (czesne i t. p.).

— Odpoczynek niedzielny zaprowadzili dla siebie dentyści w Elizawetgradzie.

— Dom zdrowia dla bezpłatnego leczenia wypuszczonych więźniów politycznych urządziło koło obywateli w Jałcie.

Mianowani: Dr Bernard profesorem kliniki lek. w Amiens; dr Centanni profesorem nadzw. patologii ogólnej w Sienie; dr Dolganow profesorem okulistyki w Instytucie klinicznym Heleny Pawłowny w Petersburgu.

Powołani: Prof. anatomii patol. M. B. Schmidt ze Strassburga do Akademii medycyny praktycznej w Düsseldorfie.

Zmarli: W Warszawie dr A. Gruenbaum, współpracownik „Gazety lekarskiej“ w 54 r. ż., dr Feinstein, ordynator oddziału ocznego w szpitalu żydowskim na Czystem i dr Antoni Kochnowski w 36 r. ż.; w Białymstoku dr Haberling (zamordowany); w Płocku dr Kamil Bereza, lekarz powiatowy, wiceprezes tamtejszego Towarzystwa lekarskiego, w 55 r. ż.; we Lwowie dr Edward Madeyski, emer. profesor seminaryum nauczycielskiego, w 74 r. ż.;

prof. medycyny wewn. Tomaselli w Katanii; b. prof. terapii Mackey w Birningham.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 32. Czajkowski: Stan obecny i przyszłość seroterapii. Kijewski (c. d.).

— *Kronika dentystyczna* Nr 1. Krakowski: O plombach porcelanowych.

— *Tygodnik lekarski* Nr 34. Fels: 720 zamachów samobójczych zebranych w 13 latach istnienia z lwowskiej stacyi ratunkowej. Czyżewicz (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr 16. Hallé i Motz (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 9. Korczyński: Uwagi ogólne o leczeniu zdrojowem i klimatycznem. — Geologia Ciechocinka. — Doležan: Bystra.

— *Časopis lékařův českých* Nr 34. Zimmer: O kýlách měchýře močového. Jerrie (c. d.). Molek: Příspěvek k lumbalní analgesii Hamza (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 31. Grygorjew: O rozróżnianiu krwi ludzkiej od zwierzęcej według postaci kryształów methemoglobiny i kryształów tłuszczowych w praktyce sądowo-lekarskiej. Anufrjew: Przyczynek do kazuistyki dużych pseudomucynowych torbielaków jajnika. Karnicki: Bardzo ciężki przypadek grypy u 7-letniej dziewczynki. Timofiejewa: Sztuczny obrzęk urazowy ręki i stopy.

— *Semaine medicale* Nr 34. Legrand: Teraźniejszość i przyszłość medycyny europejskiej w Chinach.

— *Presse médicale* Nr 67. Gouget: O niektórych zmianach wskutek zatrucia doświadczalnego tytoniem. Busquet: Ekonomiczne żywienie ozdrowieńców.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 34. Riedinger: O leczeniu krwawnic. Boas: Ulepszony wziernik odbytniczy. Ruppel: O dwoince nagminnego zapalenia opon i jej stosunku do dwoinki wiewiórowej. Bruck: Swoiste ciała uodporniające przeciw dwoinkom wiewiórowym. Aronsohn: O działaniu leczniczem surowicy przeciwpaciorkowcowej. Strübing: O dychawicy oskrzelowej. Groedel II i Groedel III: Działanie cieplic solankowych, zawierających kwas węglowy, na nadmierne parcie krwi. Brentano: Nowa umywalnia do sal operacyjnych w szpitalach polowych. Joseph: Łuszczyca jamy ustnej. Opitz (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 34. Babes i Mironescu: O kilakach narządów wewnętrznych u noworodków i ich stosunku do krętka bladego. Lauschner: W sprawie statystyki i patogenezy objawu Quinquauda. Haaland: O tworzeniu się przerzutów przeszczepionych mięsaków myszy. Einhorn: Przypadek opadnięcia trzew i serca z powrotem do stanu prawidłowego. Busalla: Surowica przeciwpaciorkowcowa w leczeniu gorączki połogowej na zasadzie badań statystycznych. d'Amato (dok.)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 34. Bondi i Rudinger: O wpływie dowozu tłuszczu na wydzielanie cukru. Zypkin: O wylewach mleczowatych. Doerr: Odpowiedź na artykuł Salusa o agresynach. Oppenheim (c. d.).

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 34. Hofmeier: O leczeniu krążkami pochwowymi. Esser: Neutrofilny obraz krwi u osesków karmionych naturalnie i sztucznie. Conradi: O hodowaniu prątków durowych we krwi zapomocą hodowli żółciowej. Hasslauer: Przekrwienie zastoinowe w leczeniu ropień usznych. Martin: Przypadek poronienia przez odbytnicę z zejściem pomyślnem. Sachs-Müke: Sposób osadzania plwociny zapomocą wody utlenionej. Arlt: Nowe instrumentaryum do znieczulania lędźwiowego. Schmidt: Przyrząd do szybkiego i bardzo taniego uzyskiwania jałowego materyału opatrunkowego. Ritter, Steinert i Bielschowsky (dok.). Bockenheimer: W sprawie historyi znieczulenia lędźwiowego. Bier: Odpowiedź Bockenheimerowi. Sudhoff: T. Puschmann i zadania historyi medycyny.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit, nowy przetwór odżywczy, zawierający ścisłe połączenie fosforu, lecytyny i żelaza hemoglobinowego z białkiem (80·14%) i węglowodanami (15·20%) bez dodatku istot wyciągowych z jakichkolwiek środków poprawiających smak, poleca dr H. Bergner (*Fortschritte der Medizin* 1906, Nr 21). Wysoka zawartość białka i dobry smak leku zasługują na wyszczególnienie. Mała ilość węglowodanów pozwala na stosowanie visvitu u chorych na cukrzycę, tembardziej, że nie zawiera on istot drażniących. Białko i żelazo znajdują się tu w postaci, ulegającej bardzo łatwo przyswojeniu, co wyłącza wszelkie dolegliwości żołądkowe. Wpływ na poprawę składu krwi i wzmocnienie układu nerwowego jest wybitny. Sole nie stanowią sztucznego dodatku, lecz są naturalnymi składnikami istot pierwotnych przetworu, dlatego nie drażnią serca, ani nerek. Opierając się o doświadczenie, nabyte na 128 chorych, określa B. działanie visvitu następująco:

1) Waga ciała wzrasta. W pierwszym przypadku gruźlicy szczytów wynosił przybytek wagi w 2 miesiącach 18 funtów.

2) Liczba czerwonych ciałek krwi wzrasta, podobnie jak ilość hemoglobiny. Niejednokrotnie spostrzegano podskoczenie z 50 na 90% w różnych ciężkich niedokrwistościach i osłabieniach.

3) Visvit zapobiega upadkowi sił w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych (dur, zapalenie płuc, grypa i t. p.).

4) Visvit pobudza wzrost kości i stanowi idealny środek przeciw krzywicy.

5) Skrzepia nerwy w przypadkach neurastenii, zmęczenia zawodowego i ogólnego osłabienia nerwowego.

Visvit wyrabia instytut chemiczny pod firmą: Dr Horowitz w Berlinie. *Hr.*